



LAMPIRAN

Lembar Persetujuan Menjadi Responden Penelitian (Informed Consent)

Yang Bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Selaku orang tua dari :

Nama :

Umur :

Alamat :

No. Resonden :(diisi oleh petugas)*

Menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa S1 Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Ilmu Kesehatan yang bernama Ayu Wulandari dengan judul “Pemberian ASI Eksklusif Dan MPASI Dengan Kejadian Stunting Pada Balita Usia 2-5 Tahun Di Desa Mojaruntut Kecamatan Krembung”.

Saya memahami penelitian ini dimaksudkan untuk kepentingan dalam menyelesaikan skripsi dan tidak merugikan saya dalam segi apapun dan jawaban yang akan saya berikan akan dijaga kerahasiannya. Persetujuan ini saya buat secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari manapun. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Sidoarjo.....,20...
Responden

()



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SIDOARJO
FAKULTAS ILMU KESEHATAN

PROGRAM STUDI : • PENDIDIKAN PROFESI BIDAN (S1) • FISIOTERAPI (S1)
• TEKNOLOGI LABORATORIUM MEDIS (D4) • MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN (D4)

Nomor : 263/II.3.A1/009.DM/RJ/ZN/Y/2025
Lampiran : -
Perihal : *Pemohonan Izin Penelitian*

Kepada Yth :
Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo
Jl. Mayjen Sungkono No. 46
Sidoarjo

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Dalam rangka penelitian untuk penyusunan Proposal Skripsi oleh mahasiswa Program Studi
S1 Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Sidoarjo, maka
bersama ini kami mengajukan Studi Pendahuluan Awal dan Izin Penelitian di Desa
Mojoantut Kecamatan Krembung.
Adapun mahasiswa yang dimaksud atas nama :

Nama : Ayu Wulandari
NIM : 211520100028
Judul : Pemberian ASI Eksklusif dan MPASI dengan Kejadian
Stunting Pada Balita Usia 2-5 Tahun Di Desa Mojoantut
Kecamatan Krembung
Dosen Pembimbing : Evi Rinata, S.ST., M.Keb
Tanggal Studi Pendahuluan : Mei - Juli 2025

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan
terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Sidoarjo, 09 Mei 2025

Evi Rinata, S.ST., M.Keb.

Jl. Mojopahit 656 B, Telp. 031-8945444, Faks. 031-8949333 Sidoarjo - 61215
Email : fkes@umsida.ac.id | www.umsida.ac.id



Dipindai dengan
CamScanner

LAMPIRAN 01 (Formulir Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo)

LEMBAR PERSETUJUAN PENELITIAN/PKI/PENGEMBANGAN MASYARAKAT (*)

Yang bertandatangan dibawah ini :

Penanggung Jawab Program : Indah Wredaningrum

Instansi/Puskesmas : krembung

Setelah mengkaji dan mendiskusikan pemupukan materi proposal oleh pemohon, dengan ini menyatakan bahwa setuju dalam kegiatan Penelitian/Praktik-Kerja-Lapangan/Pengabdian Masyarakat oleh pemohon dan hasil Penelitian/Praktik-Kerja-Lapangan/Pengabdian Masyarakat yang dilakukan oleh pemohon dapat memberikan manfaat dalam peningkatan mutu program yang telah dijalankan oleh instansi / puskesmas krembung

Demikian lembar persetujuan kegiatan magang untuk ditindak lanjuti sebagai lampiran persyaratan dalam pembuatan surat permohonan ijin Penelitian/Praktik-Kerja-Lapangan/Pengabdian Masyarakat oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo.

Sidoarjo, 27 Mei 2025

Menyetujui,



Penanggung jawab Program

()
(Indah Wredaningrum)
NIP : 197109101995032001

Tim Pembimbing Mahasiswa

()
EVIRINATA, SST., M.Keb
NIK 213375

LAMPIRAN 02 (Format Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo)

**SURAT PERNYATAAN PENELITIAN/PRAKTIK KERJA LAPANGAN/PENGABDIAN
MASYARAKAT (*)**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ayu Wulandari

NIM/NIK : 211520100028

Pendidikan : S1 Kebidanan (Universitas Muhammadiyah Sidoarjo)

Waktu Penelitian : 15 Mei 2025 – 31 Juli 2025

Judul/tema Penelitian : Pemberian ASI Eksklusif dan MPASI Dengan Kejadian Stunting Pada
Balita Usia 2-5 Tahun di Desa Mojoruntut Kecamatan Krembung

Menyatakan bahwa saya memahami kegiatan penelitian/~~Praktik Kerja Lapangan~~/~~Pengabdian Masyarakat~~ ini tidak akan berakibat negatif terhadap diri saya maupun pihak-pihak lain yang terkait serta data yang saya ambil hanya digunakan untuk keperluan tugas akhir pendidikan dan pengembangan ilmu pendidikan. Selain itu, hasil penelitian akan diserahkan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo sebagai tindak lanjut dan bahan pertimbangan keputusan. Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh tanpa ada paksaan dari siapapun.

Sidoarjo, 27 Mei 2025

Yang Menyatakan


(Ayu Wulandari)



PEMERINTAH KABUPATEN SIDOARJO
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jl. Raya A. Yani No. 4 Telepon. 031 8921954
Email : bakesbangpolsidoarjo@gmail.com
Website : bakesbangpol.sidoarjokab.go.id

Nomor : 000.9/1726/438.6.5/2025
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Rekomendasi Penelitian/Survey/Kegiatan An. Sdr. AYU WULANDARI

Sidoarjo, 14 Mei 2025

Kepada

- Yth. 1. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Sidoarjo;
2. Sdr. Camat Krembung
di

SIDOARJO

Berdasarkan Surat dari Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Sidoarjo nomor : 262/II.3.SAU/09.00/B/IZN/V/2025 tanggal 09 Mei 2025 Perihal Permohonan Rekomendasi Penelitian /Survey / Kegiatan / Pkl / Kkn / Magang/ Ojt, Maka Bersama Ini Kami Hadapkan:

Nama : AYU WULANDARI
Tempat / tgl Lahir : Lamongan, 14 Agustus 2003
Pekerjaan : Pelajar/Mahasiswa
Alamat : Palirangan RT. 005 RW. 013 Payaman/Solokuro Lamongan
Instansi : Universitas Muhammadiyah Sidoarjo
NIP/NIM : 211520100028
Judul : **PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DAN MPASI DENGAN KEJADIAN STUNTING PADA BALITA USIA 2-5 TAHUN DI DESA MOJORUNTUT KECAMATAN KREMBUNG**
Pembimbing/ Penanggungjawab : Evi Rinata, S.ST., M.Keb
Peserta : Ayu Wulandari
Bidang : Kesehatan
Tujuan : Penelitian / Wawancara
Waktu : 15/05/2025 s/d 31/05/2025
Telephone/Hp : 089686950173 Email : ayuw64494@gmail.com

Untuk melakukan Penelitian/Survey/PKL/KKN/Magang/Kegiatan di Instansi/Wilayah Saudara guna kepentingan studi, dengan syarat-syarat/ketentuan sebagai berikut :

1. Berkewajiban menghormati dan mentaati Peraturan dan Tata Tertib di Daerah setempat/Lokasi Penelitian/Survey/PKL/KKN/Magang/Kegiatan.
 2. Pelaksanaan penelitian agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi.
 3. Yang bersangkutan diberi tugas sesuai relevansinya dengan mata kuliah/pelajaran di sekolah/ perguruan tinggi.
 4. Wajib melaporkan hasil Penelitian ke Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Sidoarjo dalam kesempatan pertama.
 5. Surat Keterangan ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi syarat-syarat serta ketentuan seperti tersebut di atas.
 6. Melaksanakan Protokol Kesehatan pada saat melakukan Penelitian/Survey/PKL/KKN/Magang/Kegiatan.
- Demikian untuk menjadikan Maklum.

Tembusan :

- Yth. 1. Sdr. Kepala Bappeda Kab. Sidoarjo;
2. Sdr. UPTD Puskesmas Krembung;
3. Sdr. Kepala Desa Mojaruntut;
4. Sdr. Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Sidoarjo;
5. Sdr. Yang bersangkutan.

KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
KABUPATEN SIDOARJO



Ditandatangani secara elektronik oleh

FREDIK SUHARTO, S.Sos.MM
NIP. 197002021991011002

FREDIK SUHARTO, S.Sos.MM

Pembina Utama Muda
NIP.197002021991011002



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSRs sesuai dengan Undang-Undang No 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik, tandatangan secara elektronik memiliki kekuatan hukum dan akibat hukum yang sah.



**PEMERINTAH KABUPATEN SIDOARJO
DINAS KESEHATAN**

Jl. Mayjend Sungkono 46 Sidoarjo
Telepon. 031-8941051

Email : dinkes@sidoarjokab.go.id Website : sidoarjokab.go.id

Sidoarjo, 04 Juni 2025

Kepada:

Nomor : 400.7.22/13375/438.5.2/2025 Yth. Kepala Puskesmas Krembung
Sifat : Segera di -
Lampiran: - **KABUPATEN SIDOARJO**
Hal : Fasilitas Pelaksanaan Penelitian
a.n Ayu Wulandari

Memperhatikan Surat Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Sidoarjo tanggal 09 Mei 2025 Nomor : 263/II.3.AU/009.00/B/IZN/V/2025 dan Surat Rekomendasi Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Sidoarjo tanggal 14 Mei 2025 Nomor : 000.9/1726/438.6.5/2025 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat dengan ini diharap bantuan Saudara untuk memfasilitasi pelaksanaan kegiatan dimaksud :

Nama : Ayu Wulandari
NIM : 211520100028
Pendidikan : S-1 Kebidanan
Waktu : 04 Juni s.d 31 Juli 2025
Judul/Topik : Pemberian ASI Eksklusif dan MPASI dengan Kejadian Stunting Pada Balita Usia 2-5 Tahun di Desa Mojojuntut Kecamatan Krembung

Selanjutnya hasil penelitian wajib disampaikan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo dalam bentuk *softfile* melalui website <https://dinkes.sidoarjokab.go.id/epenelitian/public>.

Demikian untuk menjadikan maklum.

**PIT. KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN SIDOARJO**



Ditandatangani secara elektronik oleh

dr. LAKHSMIE HERAWATI YUWANTINA, M.Kes
NIP. 197007312005012005

dr. LAKHSMIE HERAWATI YUWANTINA, M.Kes
Pembina Tk. I
NIP 19700731 200501 2 005

Tembusan :
1. Dekan Fakultas Ilmu
Kesehatan Universitas
Muhammadiyah Sidoarjo;



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSE
Legalitas secara digital diurus oleh Dinas Komunikasi dan Informasi Kabupaten Sidoarjo
Untuk mengetahui keabsahan berkas dapat dilakukan dengan memindai qr code yang tersedia